

静岡県福祉サービス第三者評価の結果

◎ 評価機関

名 称	社会福祉法人静岡県社会福祉協議会
所 在 地	静岡市葵区駿府町1-70
評価実施期間	21年11月19日～22年3月11日
評価調査者番号	①H16-a002 ④H19-b003
	②H19-b001
	③H17-b009

1 福祉サービス事業者情報

(1) 事業者概要

事業所名称： (施設名) 特別養護老人ホーム高原荘	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名： (管理者) 施設長 斉藤文彦	開設年月日 昭和62年4月1日
設置主体：社会福祉法人 岳南厚生会 経営主体：社会福祉法人 岳南厚生会	定員80人 (利用人数) 80人
所在地：〒418-0024 富士宮市貫戸103-2	
連絡先電話番号： 0544-23-0486	FAX番号 0544-23-4459
ホームページアドレス	http://www.takaharasou.jp

(2) 基本情報

サービス内容 (事業内容)	施設の主な行事
特別養護老人ホーム デイサービス ショートステイ 在宅介護支援センター ホームヘルプサービス	花見見物、端午の節句、バス遠足、カラオケ大会、映画会、七夕祭り、納涼祭、分供養、防災訓練、敬老会、運動会、クリスマス会、餅つき大会、初詣、節分豆まき、ひな祭り、開荘記念日
居 室 概 要	居室以外の施設設備の概要
個室 30室 二人部屋 7室 四人部屋 9室	地域交流室、リビング兼食堂、屋上菜園コーナー、整容室、医務室、いこいの広場

職員の配置

職 種	人 数	職 種	人 数
施設長	1	介護支援専門員	2
准看護師	2	栄養士	1
生活相談員	2	調理士	5
介護職	32	事務員	4

2 評価結果総評（利用者調査結果を含む。）

◆ 特に評価の高い点

- ・利用者は明るい施設環境の中でゆったりとした生活が確保されています。
- ・管理者は最新の情報を常に把握し、サービスの質の向上に努めています。
- ・理念を具体化し、その人らしい自立した生活の継続を援助することを目標にし地域福祉に貢献している取組みがなされています。
- ・「身体ケア」モデルから、「身体ケア+認知症ケア」モデルへの変換を目指して小規模生活単位型ケアの充実に取り組んでいます。
- ・施設でホームページを作成し公開しています。また市内7所の在宅支援センター「よりあいどころ」に施設のパンフレットを置き情報の提供を市民に行っています。
- ・勇壮・優美な霊峰富士を間近に望めるスペースとして屋上に菜園を設置する等、利用者の憩いの場づくりに努めています。
- ・管理者は、職務遂行上の課題、業務改善についての提案、チームケアの取組みなど日常の業務に係る各部署の主任からの考えや意見を聞く場としての「主任ヒアリング」を実施しています。
- ・ユニットケア利用者と多床室利用者との交流の場として採光に恵まれたリビング兼食堂が設置されており、ユニットケア利用者と多床室利用者との交流の場として活用されています。

◆ 特に改善を求められる点

- ・各種委員会の設置等、職員参画の体制を整備されることが望まれます。
- ・高原荘独自の各サービス提供マニュアルが作成されていないので独自のマニュアル作成が望まれます。
- ・入所契約書に謳われている6ヶ月ごとのサービスの見直しを行うことが求められます。

3 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の評価で自らサービスの改善点を把握できたことやきめ細やかな整備の重要性を感じました。

変革の時代にあって私たちが目指すものは、当法人の理念を具体化したその人らしい自立した生活の継続を援助することに向け全職員でなおいっそう取組み、地域の皆様とともに介護が必要になった高齢者が住み慣れた地域を離れることなく最期まで暮らし続けることができるよう支援していけたら素晴らしいことだと思います。

4 評価分類別評価内容

<p>評価対象Ⅰ</p> <p>1 理念・基本方針</p>	<p>*事業計画、パンフレット等に記載されている。 *職員には配布されているが、理解を深める取組みは十分ではない。 *利用者・家族への周知は十分ではない。</p>
<p>2 計画の策定</p>	<p>*中・長期計画の策定が整備されていない。 *年度ごとの事業計画は細部に亘り詳しく策定されている。 *策定が主任等管理職だけで行われ、一般職員の参画が十分ではない。</p>
<p>3 管理者の責任とリーダーシップ</p>	<p>*会議等において、口頭では積極的に役割と責任を表明しているが、文章記録がなされていない。 *各種会議・研修等に参加し、最新の知見を得るための活動に積極的に取り組んでいる。</p>
<p>評価対象Ⅱ</p> <p>1 経営状況の把握</p>	<p>*経営状況の分析把握は行われているが、対策等に組織的に取組まれていない。 *職員への周知は十分ではない。</p>
<p>2 人材の確保・養成</p>	<p>*実習生の受入れは積極的で、マニュアルを整備しているが、目的別のプログラムは用意されていない。 *年度ごとの研究項目は整備されている。 *職員一人ひとりの研修ニーズは把握されていない。</p>
<p>3 安全管理</p>	<p>*各種マニュアルは整備されているが、一部現状に即した改定が十分ではない。 *賠償責任保険に加入し、万が一の事態に備えている。</p>
<p>4 地域との交流と連携</p>	<p>*地域住民の一員として地域の行事等に参画している。 *地域の福祉ニーズを把握し、認知症予防、介護者教室を開催している。</p>

<p>評価対象Ⅲ</p> <p>1 利用者本位の福祉サービス</p>	<p>* 行事やレクリエーションへの参加については、利用者本人の意向をアンケート等により把握しメニューを作成している。また、職員は利用者の状況を常に把握することに心がけ無理強いしない対応に心がけている。</p> <p>* 家族や友人等の面会時において、利用者保護の観点からユニット型においては個室対応とし、多床室型利用者においても面会場所の工夫がされている。</p> <p>* 職員は利用者の部屋には利用者の許可なく入室しない。必ず声かけをして利用者への対応に配慮している。</p> <p>* 食器、箸等についても利用者の使い慣れたものを使用し、部屋には愛用の日常品を飾る等、利用者の意思を尊重したサービスに努めている。</p>
<p>2 サービスの質の確保</p>	<p>* 管理者と主任ヒアリングの場を定期的に持ち、サービス向上に取り組んでいる。</p> <p>* 「施設だより」・「広報誌」の発行がない。</p> <p>* サービスの標準的な実施方法の見直しが十分ではない。</p> <p>* サービスマニュアルは既成のもので行っているが、施設独自のサービス提供マニュアルがない。</p>
<p>3 サービスの開始、継続</p>	<p>* ホームページで公開し、さらに市内7ヶ所の在宅介護支援センター「よりあいどころ」にパンフレットを設置して啓発に努めている。</p> <p>* 契約することが困難である場合、成年後見制度を活用している。</p> <p>* 外泊の場合は、外泊中の生活状況を書面で施設に提出されているが、施設の変更がある場合はサービスの継続性に配慮した引継ぎや申し送りの手順書が文書化されていない。</p>
<p>4 サービス実施計画の策定</p>	<p>* サービスの開始前後におけるアセスメントは関係職員の連携の下に実施し、施設として定められている。</p> <p>* サービス実施計画書は、職員が担当者会議を行い作成している。個々にニーズを把握し長期・短期目標を具体的に明示している。</p> <p>* サービス実施計画書にコミュニケーション、移動・食事・入浴・排泄は詳細に記載しているが、心理面、身だしなみは具体的な支援方法の明示がない。</p>

5 評価細目の第三者評価結果

注：評価結果については、判断基準に基づいて評価した結果を3段階（A、B、C）で評価細目ごとに表す。

なお、表には評価項目の番号や評価細目の基準内容を明記し、評価分類ごとに区分する。

5 評価細目の第三者評価結果〔特別養護老人ホーム〕

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
	① 理念が明文化されている。	A
	② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	A
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
	① 理念や基本方針が職員に周知されている。	B
	② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	B

I-2 計画の策定

		第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
	① 中・長期計画が策定されている。	C
	② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	C
I-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
	① 計画の策定が組織的に行われている。	B
	② 計画が職員や利用者等に周知されている。	B

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	B
	② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	B
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	B
	② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	B

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	B
	② 施設の経営状況に関する経営分析を行っている。	B
	③ 外部による評価・監査が実施され経営改善に取り組んでいる。	B

Ⅱ-2 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
①	施設内の組織について職制・職務分掌を明確にしている。	B
②	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	C
④	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	C
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
①	職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。	C
②	職員に対する福利厚生事業が積極的に行われている。	B
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている	A
②	個別の職員に対して、組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	C
③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	C
Ⅱ-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
①	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	A
②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	B

Ⅱ-3 安全管理

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
①	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	A
②	防災に関するマニュアルを整備している。	A
③	衛生管理に関するマニュアルを整備している。	C
⑤	感染症防止に関するマニュアルを整備している。	B
⑥	発生した事故を把握している。	A
⑦	事故防止のための具体的な取り組みを行っている。	B
⑧	安全を確保するための施設・設備上の工夫がされている。	A
⑨	事故補償（賠償）を行なうための方策を講じている。	A

Ⅱ-4 地域との交流と連携

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
①	利用者の生活の範囲を広げることを目的とした地域への働きかけを積極的に行っている。	B
②	地域に開かれた施設である。	A
③	施設が有する機能を地域に還元している。	B
④	ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	C
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
①	必要な社会資源を明確にしている。	C
②	関係機関等との連携が適切に行われている。	B

	③ 相談援助の困難な場合についての対応方法がルール化されている。	B
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
	① 地域の福祉ニーズを把握している。	B
	② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	A

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
	① 利用者の意思を尊重している。	A
	② 身体拘束廃止や体罰等の防止に向けた取り組みが行われている。	B
	③ 利用者の尊厳が守られている。	B
	④ 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	C
	⑤ 家族や友人の面会に対する配慮がされている。	A
	⑥ 郵便や電話などの通信機会を確保し、プライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑦ 利用者のプライバシーを保護するような設備上の工夫がなされている。	A
	⑧ 入浴・清拭時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
	⑩ 排泄時のプライバシーへの配慮がなされている。	A
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
	① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	B
	② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	B
	③ 利用者の生活空間への配慮がなされている。	A
	④ 利用者にくつろぎを与えるための工夫がされている。	A
	⑤ 利用者の嗜好を把握し、それに応じたメニューが提供されている。	A
	⑥ 利用者が食事を楽しむことができるような工夫をしている。	A
	⑦ 入浴・清拭時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	A
	⑧ 排泄時の快適性に配慮した設備上の工夫がなされている。	A
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
	① 施設等の運営に関して利用者の意見を聞くための取り組みを行っている。	C
	② 利用者からの多様な相談に積極的に対応している。	C
	③ 利用者のアドボカシー（利用者の権利擁護や代弁機能）に心掛けている。	A
	④ 苦情申立、解決の仕組みが整備され機能している。	C
	⑤ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	A

Ⅲ-2 サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	B
②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	B
③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	A
④	相談援助に関わる必要な技術や知識が整理され、その技量向上が組織的に図られている。	B
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
①	施設における個々のサービスについての標準的な実施方法が定められている。	A
②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	C
Ⅲ-2-(3) 提供するサービスに独自の特徴を有している。		
①	・ 提供するサービスに独自の特徴を有している。	A
Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行われている。		
①	・ 計画の実施に関わる記録が整備されている。	A
②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	A
③	利用者の状況等に関する情報を職員が共有化している。	B

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

		第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
①	・ 施設が行っているサービスに関する情報の提供を行っている。	A
②	サービスの実施にあたり、利用者又はその家族等に説明し、同意を得ている。	A
③	利用契約に関する契約書が取り交わされている。	A
④	契約を締結することが困難な利用者に対する配慮がなされている。	A
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
①	施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	B

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
①	・ 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	A
②	利用者の課題（ニーズ）が明示されている。	A
③	課題解決の目標を明らかにしている	A
④	コミュニケーションについて、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A

⑤	移動（移乗を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑥	食事（栄養管理を含む）について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑦	入浴・清拭について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑧	排泄について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づき個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑨	身だしなみや清潔保持について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	B
⑩	利用者の理・美容について、支援が必要な利用者に対するサービス実施計画に基づく個別・具体的な支援方法が明示されている。	A
⑪	利用者の心理面に着目した支援を行っている。	C
⑫	家族、友人等との関係を把握しているとともに必要な支援を行っている。	B
⑬	利用者の機能訓練に関する個別、具体的な実施方法が明示されている。	A
⑭	利用者の社会生活に必要な技術や知識の習得に向けた支援について個別、具体的な方法が明示されている。	B
⑮	利用者の余暇活動（アクティビティ）や生きがいづくりなどに対する支援が行われている。	B
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
①	サービス実施計画の作成、実施において責任者が定められている。	A
②	サービス実施計画の作成において利用者の意向に配慮している。	A
③	サービス実施計画の作成において「説明」と「同意」を徹底している。	B
④	目標に対するサービス実施計画が作成されている。	A
⑤	サービス実施計画は関係職員の連携のもとに作成されている。	A
⑥	実施するサービスの順位が明確である。	A
⑦	利用者の情報がサービス実施計画の責任者に確実に伝わる仕組みがある。	A
⑧	実施計画書に基づく実施状況に関する評価（振り返り）がなされている。	A
⑫	実施計画の見直しが行われている。	A
⑬	実施計画の見直しにあたり、利用者等の意向に配慮している。	A

